Aus der chirurgischen Klinik der Universität Bonn.

Lane Medical Library

Über Hernien

unter

sonderer Berücksichtigung der Radikaloperation derselben.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der hohen medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Dezember 1902

von

Wilhelm Mahne

appr. Arzt

aus

Wesel.

Buchdruckerei Carl Kühler in Wesel.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent:
Professor Dr. Schede.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0077

Als Hernie oder Eingeweidebruch bezeichnet man bekanntlich den Eintritt eines Baucheingeweides in eine Peritonealausstülpung, welche entweder zugleich mit dem allmählichen Vordringen desselben entsteht, oder vorgebildet ist und erst später das Eingeweide aufnimmt. Je nachdem dasselbe nun nach aussen sich vordrängt oder im Innern des Körpers liegen bleibt, spricht man von äusserer oder von innerer Hernie. Der Austritt der Baucheingeweide aus der Bauchhöhle erfolgt entweder durch eine normale, aber pathologisch erweiterte, oder aber durch eine abnorme Öffnung.

Über die Entstehung der Hernien hat man mehrfache Theorien aufgestellt. Zunächst muss man zwischen angeborenen Hernien, bei denen es sich um einen Formfehler in der Entwicklung der betreffenden Stelle der Bauchwand handelt und zwischen erworbenen Hernien unterscheiden, bei deren Entstehung verschiedene Momente in Betracht kommen. Von besonderer Bedeutung ist die anatomische Beschaffenheit bestimmter Stellen der Bauchwandungen, normale oder abnorme Öffnungen derselben, mangelhafter Verschluss der Bauchhöhle, verringerte Resistenz der Bauchdecken und Narbenbildungen nach Verletzungen und Operationen. Zu dieser anatomischen Prädisposition gesellt sich dann noch eine bald plötzlich, bald allmählich einwirkende Gelegenheitsursache, welche vor allem in der bald mehr bald weniger stattfindenden Vermehrung des intraabdominellen Drucks durch schwere körperliche Arbeit, Husten, Schreien, Pressen, starke Erschütterung durch Fall u. s. w. entsteht.

Mehr als die Frage über die Entstehung hat die Chirurgen von jeher die Frage über die Therapie zumal die radikale Beseitigung der Hernien beschäftigt.

Die allgemeine Therapie der Hernien zerfällt in die Behandlung mittelst Bruchbänder und mittelst sogenannter Radikaloperationen.

Während das Bruchband im wesentlichen nur ein palliatives Mittel darstellt, indem durch das Tragen desselben meist nur die Zurückhaltung der Hernien und damit Beseitigung der mit dem Heraustreten der Eingeweide verbundenen Störungen und Verhütung der möglichen übelen Zufälle beabsichtigt wird, und das Resultat einer radikalen Heilung nur bei Kindern und jugendlichen Individuen mit enger Bruchpforte und oft erst nach langem Tragen des Bruchbandes erreicht wird, erstrebt die Radikaloperation eine vollständige und schnelle Beseitigung des Leidens.

Zur Radikalheilung einer Hernie ist erforderlich der Verschluss des Bruchsackes oder doch des Bruchsackhalses und der Verschluss der Bruchpforte.

Die Häufigkeit des Bruchleidens, – nach Malgaigne kommt auf etwa 20 – 30 gesunde Menschen ein Bruchkranker, während Wernher auf 40 – 60 Menschen einen Bruchkranken rechnet, – die erheblichen Funktionsstörungen, welche mit den meisten Fällen von Unterleibsbruch verbunden sind, ferner die dauernde Gefahr einer plötzlichen Einklemmung legten seit langer Zeit den Gedanken nahe, ob nicht der Bruchsackhals oder die Bruchpforte durch eine Operation definitiv geschlossen und hierdurch die Hernie gründlich – radikal – beseitigt werden könnte.

Die Mittel, deren man sich bedient hat, um dieses Ziel zu erreichen, sind sehr zahlreich und sehr verschieden, und eine grosse Zahl von Verfahren der Radikaloperation ist ersonnen worden und zwar teils solcher, welche eine Heilung nur durch Zerstörung des Bruchsackes oder Verschluss seines Halses ohne Berücksichtigung der Bruchpforte

erwirken wollten, teils solcher, welche neben der Zerstörung oder Obliteration des Bruchsackes auch Verengerung oder Verschluss der Bruchpforte erstrebten.

Als eines der ältesten Verfahren der ersteren Art hat wohl die Kauterisation zu gelten. Nach vorgängiger Reposition der Hernie wurde das Kauterium actuale und potentiale angewandt, um an der Stelle des Bruchsackhalses einen bis zu dessen Tiefe eindringenden Schorf zu bilden. Um sicher zu gehen, brannte man möglichst tief und hoffte, dass die nachfolgende Demarkations-Entzündung den Verschluss des Bruchsackhalses herbeiführen werde. Namentlich die arabischen Ärzte hielten viel von diesem Verfahren, welches sich trotz des Einspruches verständiger Chirurgen lange Zeit erhielt, so dass noch im 18. Jahrhundert die französische Akademie der Chirurgie dagegen ankämpfen musste.

Vielfach wurde die Kauterisation auch mit anderen Verfahren zum Behufe der Radikalkur kombiniert.

Im Mittelalter wurde die Radikaloperation häufig von den umherziehenden Bruchschneidern ausgeführt und zwar zum Teil in der abenteuerlichsten Weise. Ein von ihnen viel geübtes Verfahren war die Kastration, indem sie bei Skrotalbrüchen den Bruchsack mitsamt dem Hoden ausschnitten, eine Methode, die schon wegen ihrer verstümmelnden Wirkung sich keine dauernde Anerkennung zu verschaffen vermochte.

Ein anderes Verfahren, den Bruchsackhals zum Verschluss zu bringen, bestand in der Unterbindung desselben. Die Operation wurde in der Art ausgeführt, dass man den Bruchsackhals samt allen Bedeckungen in der Nähe der Bruchpforte mit einer Nadel durchbohrte, die mit zwei Fäden versehen war, und hierauf nach beiden Seiten hin unterband; oder man umgab den Bruchsackhals mit einer einfachen Ligatur, entweder gleichzeitig mit der Haut oder nach vorgängiger Freilegung. Die Zusammenschnürung

des Fadens wurde bald auf einmal, bald allmählich durch Schlingenschnürer ausgeführt. Das zusammengeschnürte Stück des Bruchsackes und seiner Bedeckungen wurde nekrotisch, und durch die plastische Exsudation in der Umgebung und die nachfolgende Narbenbildung sollte ein fester Verschluss herbeigeführt werden.

Bonnet suchte eine feste Obliteration des Bruchsackhalses dadurch zu erreichen, dass er denselben mit Stecknadeln durchbohrte, deren Enden mit halbkugelförmigen Korkstückchen versehen waren. Letztere wurden, nachdem die Nadeln eingestochen waren, gegen einander geschoben, so dass die Wände des Bruchsackes genau mit einander in Berührung kamen. Je nach der Beschaffenheit des einzelnen Falles wurden 3 – 6 Nadeln angewandt, welche 6 – 12 Tage liegen blieben.

Es folgten sodann die Versuche durch Einführung von Fremdkörpern in den Bruchsack adhäsive Entzündung und dadurch Verschluss desselben herbeizuführen, welche besonders von Velpean und Belmas unternommen wurden. Während ersterer auf Grund der Erfolge, welche er durch Injektion von Jodtinktur bei Hydrocele erzielt hatte, dasselbe Mittel in Anwendung brachte, um durch Einspritzen desselben in den Bruchsack adhäsive Entzündung und dadurch Verschluss desselben zu bewirken, suchte Belmas dieses Ziel dadurch zu erreichen, dass er vermittelst einer besonders konstruierten Nadel Streifen von getrocknetem Leim (Gelatine) in den Bruchsack einführte. Um mit recht vielen Teilen des Bruchsackes in Berührung zu kommen, wurden dieselben möglichst auseinandergespreitzt und sollten demnächst, während sie adhäsive Entzündung bewirkten, resorbiert werden.

Aber alle diese Methoden, welche durch Zerstörung des Bruchsackes oder Verschluss seines Halses eine definitive Beseitigung der Hernien herbeiführen wollten, erwiesen sich als vollkommen unzulänglich und waren von höchst

unsicherer Wirkung; man suchte daher nach solchen, welche neben der Zerstörung oder Obliteration des Bruchsackes auch Verengerung oder Verschluss der Bruchpforte bewirkten.

Zunächst versuchte man, die Bruchpforte durch das Einheilen eines organischen Pfropfes zu verschliessen.

Um dieses Ziel zu erreichen, schlug man verschiedene Wege ein.

J. L. Petit, Goyrand und andere wollten einen die Bruchpforte verstopfenden Propf dadurch bilden, dass sie nach der Operation eingeklemmter Hernien den uneröffneten Bruchsack in dieselbe hineinstopften, während Stevens und Vidal das zusammengeballte Netz in der Bruchpforte befestigten.

Obwohl es auf diese Weise gelang, einen mit der Umgebung verwachsenden Propf zu bilden, so entstanden die Hernien doch alsbald aufs neue.

Belmas glaubte einen Verschluss der Bruchpforte dadurch herbeiführen zu können, dass er in den Bruchsack ein Säckchen aus Goldschlägerhaut einführte. Dieses sollte sich mit „plastischer Lymphe“ füllen und mit dieser sowohl als mit den Umgebungen verwachsen.

Ein Verfahren, welches zuerst von Gerdy angewandt wurde, war das der sogenannten Invagination, der Einpflanzung eines Hautpfropfes in die Bruchpforte durch Einstülpung der Skrotal-Haut, denn das Verfahren bezog sich ausschliesslich auf die sehr häufige Hernia inguinalis externa. Es wurde, nach vollständiger Reposition, die Haut mit dem Finger in die Bruchpforte eingestülpt. Auf dem invaginierenden Finger wurde eine starke, etwas gekrümmte Nadel vorgeschoben und mit dieser die eingestülpte Haut, der vor dieser her miteingestülpte Bruchsack, der Bruchsackhals und die vordere Wand der Bruchpforte durchbohrt; diese Teile wurden dann durch Nähte, z. B. mit Silberdraht, in der Bruchpforte befestigt. Um nun auch noch die einander zugewandten äusseren (Epidermidal-)Flächen des invaginierten Hautkegels zur Verwachsung zu bringen und

dadurch einen solideren Pfropf herzustellen, setzte Gerdy die äussere Haut durch Bestreichen mit einer starken Ammoniaklösung in Entzündung und unterhielt diese sowie die darauf folgende Eiterung, um die Bildung einer recht festen Narbe zu erzielen.

Dieses ursprüngliche Gerdy'sche Verfahren erfuhr vielfache Abänderungen, welche sich teils auf die Art der Befestigung der invaginierten Haut, für welche man möglichst grosse Berührungsflächen zu erzielen suchte, teils auf die Erregung von Gangrän bezogen, um möglichst feste Vernarbung zu bewirken. In der ersteren Richtung haben sich besonders Wutzer und Rothmund, in der letzteren Valette und Max Langenbeck um die Verbesserung des Gerdy'schen Verfahrens bemüht.

Während Gerdy die invaginierte Haut durch Nähte in der Bruchpforte befestigte, bedienten sich Wutzer und Rothmund hierzu eines besonderen Apparates, des sogenannten Invaginatorium herniale. Dieses Instrument, ein hölzerner fingerartiger Zylinder, bestand aus zwei Hälften, zwischen welche je nach der Breite der Bruchpforte Stäbe eingelegt werden konnten. Da das Invaginatorium den invaginierenden Finger dauernd ersetzen sollte, so enthielt es an seiner Spitze eine oder mehrere schwachgebogene Nadeln, welche hervorgedrängt und durch die Bauchdecken durchgestochen wurden. Um den Druck auf die invaginierten Teile zu verstärken und diese sicherer zu befestigen, wurde eine der Grösse des Invaginatoriums entsprechende Deckplatte einerseits auf der Nadel, andererseits an einer besonderen Gabel, welche sich am äusseren Ende des Instrumentes befand, durch Schrauben befestigt. Die Deckplatte konnte vermittelst der Schraube allmählich fester gegen die Bauchwand angepresst werden, je nachdem man eine stärkere Entzündung zu erregen wünschte. Das Invaginatorium und die zugehörigen Teile wurden erst entfernt, wenn man eine feste Verwachsung erzielt zu haben glaubte.

Das Operations-Verfahren Wutzer-Rothmunds war folgendes: Nach Reposition des Bruchinhaltes und wo möglich auch des ganzen Bruchsackes wurde die Skrotalhaut mit dem Zeigefinger langsam invaginiert. Nachdem der Operateur sich überzeugt hatte, dass zwischen ihr und der vorderen Wand des Leistenkanals nichts, namentlich kein Teil des Bruchsacks lag, drängte er die eingestülpte Skrotalhaut bis zum hinteren Leistenringe. Mit der anderen Hand wurde sodann das Invaginatorium, welches behufs schneller Abstossung der Epidermis und Verwachsung der einander zugewandten Flächen des eingeschobenen Hautzylinders mit Kanthariden- oder anderen reizenden Salben bestrichen war, mit zurückgezogener Nadel vorsichtig hinter dem invaginierenden Finger eingeschoben. Alsdann wurde die Nadel durch die Bauchdecken hervorgestossen, der Spitzendecker aufgesetzt und die Deckplatte mässig fest aufgeschraubt. Der Operierte musste mehrere Tage bei strenger Diät still liegen. Am 4.—5. Tage entstand, nach vorgängiger Entzündung, Eiterung in den Stichkanälen; später floss auch Eiter mit abgestossener Epidermis neben dem Invaginatorium hervor. Jetzt wurde das Instrument vorsichtig entfernt; die invaginierte Skrotalhaut sass fest. Die Höhle des invaginierten Zylinders suchte Rothmund durch einen Ceratverband zur Verwachsung zu bringen.

Gerdy, Wutzer und Rothmund erklärten die Invagination für eine wenig gefährliche Operation; letzterer verlor von 140 Operierten nur einen an Peritonitis. Auch die Resultate, welche Rothmund veröffentlichte, erschienen glänzend. 303 Radikaloperationen nach den Methoden von Gerdy, Wutzer und Rothmund, ausgeführt von Gerdy, Lehmann, Rothmund, Wutzer, Schuh und Redfern-Davies lieferten neben 2 Todesfällen nur 54 Misserfolge. Indessen konnte diese Statistik vor einer strengen Kritik nicht stand halten, da die wenigsten Fälle auf Jahre hinaus in Beobachtung waren. Bei späterer Nachuntersuchung ergab sich oft, dass

der Widerstand, welchen man den vordringenden Eingeweiden durch die Operation der Invagination entgegenzusetzen suchte, nur sehr gering war, die erzielten Verwachsungen wenig fest waren und sich oft wieder lösten. Rezidive, wenn auch nicht in dem ursprünglichen Grade, waren daher häufig.

So stand es mit der Behandlung der Hernien mittels Radikaloperationen noch bis vor wenigen Jahrzehnten. Das Verfahren der Kauterisation und der Kastration, die goldene Naht, das Einlegen von Gelatine-Streifen oder von Goldschlägerhäutchen, ferner das Einspritzen von Jodtinktur in den leeren Bruchsack waren vollständig der Vergessenheit überliefert, da sie neben verhältnismässig grosser Gefahr durchaus keine Sicherheit gegen ein Rezidiv der Hernie gewährten. Aber auch die verschiedenen Methoden, die Bruchpforte mittels eines organischen Propfes zu verschliessen, waren von höchst unsicherer Wirkung und lieferten schwankende Resultate. So wurde denn der Ausspruch Streubels, der auf Grund eingehender Untersuchungen die Lehre von der Radikaloperation überhaupt und von der Invagination insbesondere darstellte, immer allgemeiner anerkannt, dass die Radikaloperation selten einen vollkommenen, zuweilen einen günstigen, oft aber nur vorübergehenden und oft gar keinen Erfolg habe.

Rationeller als durch Invagination erschien daher der Verschluss der Bruchpforte und des Bruchsackhalses durch die Naht. Versuche dieser Art wurden zuerst von dem Amerikaner Dowell und dem Engländer John Wood ausgeführt und zwar in der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Während ersterer durch eine subkutan geführte Silberdrahtsutur die schnigen Ränder, die sog. Pfeiler des äusseren Leistenringes zusammenschnürte, legte John Wood mit einem $^1/_2$ Zoll langen Schnitte den äusseren Leistenring frei und schnürte, indem er mit dem Finger die im uneröffneten Bruchsack liegenden Darmschlingen zurückdrängte, die

beiden Pfeiler der Bruchpforte mit dem Bruchsackhalse durch Silberdraht zusammen. Die gestielte Nadel wurde dabei unter sorgfältiger Schonung des Samenstranges um den Finger herumgeführt, welcher die Darmschlingen zurückhielt. Den Silberdraht knotete Wood über einer Heftpflasterrolle und liess ihn 7 – 10 Tage liegen.

Einen etwas anderen Weg schlug Durham ein. Da er den Verschluss des Bruchsackhalses als das erste Erfordernis einer Radikalheilung ansah, so spaltete er die Weichteile bis zum inneren Leistenringe, eröffnete den Bruchsack und fasste nach der Reposition der Darmschlingen den Bruchsackhals in eine Ligatur. Ähnlich verfuhr J. Bell im Jahre 1869 in einem Falle von Herniotomie wegen Einklemmung und Annaudale schnürte nach Eröffnung des Bruchsackes den Bruchsackhals mit Catgut zu.

Den Kern aller späteren Verfahren bildete jedoch die Wood'sche Methode. Während dieselbe in England besonders viel Anklang fand, verhielten sich die deutschen Chirurgen infolge der scharfen Kritik, welche an Wutzer's und Rothmund's Fällen geübt worden und beeinflusst durch Dieffenbach's, Linhart's und anderer Urteil über die Nutzlosigkeit und Gefährlichkeit der Radikaloperationen zunächst noch ablehnend. Erst die Fortschritte des anti- resp. aseptischen Operationsverfahrens ermutigte sie, die fast verrufene Radikalbehandlung wieder hervorzuholen und von Neuem zu prüfen. Man scheute sich nicht mehr den Bruch selbst freizulegen und dadurch einen besseren Überblick zu schaffen. Besonders waren es Steele, v. Nussbaum, Risel, Czerny und Schede, welche sich um die Ausbildung neuer Operationsmethoden bemühten. Während v. Nussbaum den Bruchsackhals zunähte und den leeren Sack abtrug, stülpte Risel den blosgelegten Bruchsack in die Bruchpforte und befestigte ihn hier mit einigen Catgut-Nähten. Schede verfuhr in der Weise, dass er den Bruchsack abschnitt und den Bruchsackhals unterband oder nähte. Czerny verband

mit der Verödung des Bruchsacks auch die Verengerung der Bruchpforte. Er eröffnete den Bruchsack und führte nach Reposition seines Inhaltes in die Bauchhöhle um den ganzen Umfang des Bruchsackhalses eine Schnürnaht. Sodann schloss er die Bruchpforte mittelst der sogenannten Miedernaht.

Diese Operationsverfahren haben in neuerer Zeit, besonders in Bezug auf den festen Verschluss der Bruchpforte noch manche Vervollkommnung erfahren, so dass uns gegenwärtig verschiedene zum Teil sehr gute Methoden zur Verfügung stehen.

Schede nähte die Bruchpforte mit versenkten Silberdrähten.

Macewen hat für Leistenhernien folgendes Verfahren angegeben:

Der allseitig abgelöste Bruchsack wird durch eine fortlaufende Catgut- oder Seidennaht so zusammengefaltet, dass ein Gewebspolster entsteht oder man zieht ihn nach der Invagination geldbeutelartig zusammen. Dieser Gewebspfropf des Bruchsackes wird an die Innenseite des inneren Leistenringes geschoben und hier mittelst der beiden Fadenenden des Bruchsacks angenäht, nachdem vorher der Bruchsackhals und das Peritoneum mit dem Finger abgelöst sind, so dass zwischen Peritoneum und Bauchwand ein entsprechender Hohlraum entsteht. Die Wände des Leistenkanals werden dann über dem Gewebspolster durch die beiden Fadenenden des reponierten Bruchsacks von innen nach aussen durch die gemeinschaftliche Sehne der Musc. obliqui und das Lig. Ponparti vernäht. Die äussere Wunde wird durch Naht geschlossen, der untere Wundwinkel bleibt offen, kein Drain. Das Prinzip dieser Methode, die Behandlung des Bruchsackes, lässt sich auch auf andere Brüche übertragen.

Bei Kochers Radikaloperation des Leistenbruches wird der Hautschnitt über dem Leistenkanal und darüber hinaus in der Richtung des Lig. Ponparti angelegt; die Weichteile

am vorderen Leistenringe werden gespalten und der Bruchsack stumpf isoliert, bis er deutlich gestielt ist. Nach Einführung des linken Zeigefingers in den Leistenkanal wird sodann die Aponeurose des Musc. obliqu. ext. lateral von der inneren Leistenöffnung geschlitzt. Durch diese Öffnung wird eine Kornzange eingeführt und durch den Leistenkanal zur äusseren Leistenöffnung herausgeleitet. Die Spitze des isolierten Bruchsackes wird erfasst und durch die kleine Öffnung lateralwärts herausgezogen. Der Bruchsack wird angezogen, so dass er vom inneren Leistenring scharf nach hinten abgeknickt erscheint. Der innerhalb der Bruchwand liegende Teil des Bruchsacks wird umstochen und kräftig umschnürt. Die Basis des zusammengefalteten Bruchsacks wird auf die Aussenfläche der Aponeurosis obliqu. ext. durch tiefgreifende Nähte geheftet, der Rest wird abgetragen.

Am meisten dürfte zur Zeit wohl die Radikaloperation der Leistenhernien nach dem von Bassini angegebenen Verfahren geübt werden, welches sich folgendermassen gestaltet:

Hautschnitt entsprechend der Richtung des Leistenkanals, von der Gegend des inneren Leistenringes, den äusseren Leistenring nach unten zu überschreitend. Nach Spaltung der Haut und des Unterhautzellgewebes wird die Aponeurose des obliquus externus in der Richtung des Hautschnittes bis in die äussere Leistenöffnung durchtrennt. Ist in derselben Richtung und Ausdehnung auch die dünne Muskelplatte des Obliquus int. und Transversus durchtrennt, so liegen die Gebilde des Samenstranges, die mit dem Bruchsack verlötet sind, frei vor. Samenstrang und Bruchsack werden in toto erhoben und von ihrer Umgebung stumpf isoliert. Es folgt nun die Eröffnung des Bruchsacks entsprechend dem Fundus und Reposition des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle. Während der Bruchsack vorgezogen und entsprechend dem Halse um 180° gedreht wird, schlingt der Operateur einen Faden um den Bruchsackhals und

schliesst ihn möglichst zentral. Der Bruchsack wird peripher von dieser Ligatur mit einem Scheerenschlage quer abgetrennt und entfernt. Unter Abhebung des Samenstranges auf die vordere Bauchwand erfolgt sodann die Bildung der neuen hinteren Wand des Leistenkanals durch Vernähung des hinteren isolierten Randes des Poupart'schen Bandes mit der vorher gespaltenen dreifachen Gewebsschicht des Musc. obliquus internus, M. Transversus und Fascia transversa mittelst Seidenknopfnähten oder fortlaufend. Die beiden ersten knapp am Schambein angelegten Nähte müssen den äusseren Rand des M. rectus abdominis noch mitfassen. Nach Rücklegung des Samenstranges wird über ihm die Aponeurose des Musc. obliquus externus durch Naht geschlossen und die Haut vernäht.

Der Vorgang der Radikaloperation einer Schenkelhernie stellt sich derart dar, dass nach Anlegung eines Hautschnittes der Bruchsack isoliert und eröffnet wird. Nach Reposition des Bruchinhaltes, Ligatur des Bruchsackhalses und Abtragung des Bruchsackes folgt der Nahtverschluss der Bruchpforte, durch welchen dem Wiedereintritt des Bruches vorgebeugt werden soll. Die Naht der Bruchpforte wird verschieden ausgeführt. Schede, Czerny und Tillmanns vernähen das Poupart'sche Band mit der Adduktorenfaszie, während andere dasselbe mit dem inneren Rande des horizontalen Schambeinastes oder mit der Aponeurose des Musc. pectineus vernähen.

Bassini operiert in folgender Weise:

Hautschnitt über die grösste Konvexität der Geschwulst, Blosslegung des Bruchsacks, der Fascia lata und pectinea Isolierung des Bruchsacks und seines Halses bis über das Niveau des inneren Schenkelringes. Eröffnung des Sackes und Reposition seines Inhaltes in die Bauchhöhle. Der Körper des Bruchsacks wird erhoben, torquiert und mit einem Faden entsprechend dem Halse abgeschnürt. Der Sack wird vor der Ligatur quer abgetrennt. Darnach

Reposition des Stumpfes und darüber Naht des ovalen Schenkelringes durch 6 7 Nähte. Die Naht beginnt knapp am Tuberculum pubicum; die Nähte umfassen die Aponeurosis pectinea und den hinteren unteren Teil der inneren Mündung. Im weiteren Verlaufe kommen der Rand des Proc. falsiformis mit der Fascia pectinea zur Vereinigung. Erst wenn alle Nähte angelegt sind, beginnt man die Fäden von der innersten obersten Naht beginnend zu knüpfen. Zum Schluss Hautnaht.

Die Radikaloperation der Bauchhernien kann sowohl nach den für Radikaloperationen allgemein geltenden Vorschriften ausgeführt werden, z. B. einfach durch isolierte Naht der einzelnen Gewebsschichten, als auch eventuell bei grösseren Hernien mit Vorlagerung des zusammengefaltenen Bruchsacks nach Macewen.

Was die Resultate anbetrifft, welche durch die heute geübten Methoden der Radikaloperation erzielt werden, so sind dieselben meist recht günstige, namentlich auch in Bezug auf die Dauer des Erfolges. Schede hatte bei seiner Methode bei 70 äusseren Leistenhernien 7=10%, bei 56 Schenkelhernien nur 1=1,75% Rezidive. Nach Bassini und Dandelo betragen die Rezidive nach Radikaloperation der Leistenhernien 3 – 10%. 126 von Beresowski und Lebensohn zusammengestellte nach Kocher operierte Fälle heilten ohne Todesfall. Von 111 untersuchten Fällen zeigten nur 4 Rezidive. Matanowitsch berechnet nach den Mitteilungen der Literatur für die Bassini'sche Operation 3,6%, für die Kocher'sche 3,8% Rezidive.

Es erübrigt noch einiges über die Indikationen zur Radikaloperation der Hernien zu sagen. Mit Berücksichtigung der Arten der Brüche und ihrer besonderen Eigentümlichkeiten ist die Radikaloperation in folgenden Fällen indiziert:

1. Nach der Herniotomie eingeklemmter Brüche, um die Wiederbildung eines Bruches an dieser Stelle zu verhüten.

2. Bei sonstigen irreponiblen Hernien, welche das Tragen eines Bruchbandes nicht gestatten.
3. Bei sehr grossen Brüchen mit weiter Bruchpforte, welche durch ein Bruchband nicht vollkommen zurückgehalten werden, wobei jedoch sehr bejahrte und schwächliche Kranke auszuschliessen sind.

Diese Beschränkung behufs Ausführung der Radikaloperation müssen wir uns noch auferlegen; denn obwohl ja in der grössten Mehrzahl der Fälle dauernde Heilung erzielt wird, so kann doch namentlich bei grossen Hernien der definitive Erfolg keineswegs sicher garantiert werden. Den Vorteil erreicht man aber jedenfalls durch die Radikaloperation, dass die Hernie, falls sie wieder auftritt, durch ein Bruchband zurückgehalten werden kann.

Im Anschluss an diese Ausführungen will ich nun die vom 1. 10. 1895 bis 1. 1. 1901 in der Bonner chirurgischen Klinik und im Johannes-Hospital zu Bonn behandelten Fälle von Unterleibsbrüchen und die daselbst ausgeführten Radikaloperationen veröffentlichen. Die angewandten Operationsmethoden sind aus den folgenden kurz ausgezogenen Krankengeschichten ersichtlich; die Resultate derselben suchte ich durch Nachfragen bei sämtlichen als geheilt entlassenen Patienten zu ermitteln; zwischen der Ausführung der Radikaloperation und den angestellten Nachfragen liegt demnach ein Zeitraum von mindestens 2 Jahren.

A. Herniae umbilicales.

a) H. umbil. incarc.

1. Hermann H., 65 J. alt, aufgenommen am 14. 4. 1896. Diagnose: Hernia umbilicalis incarcerata. Therapie: Herniotomie; Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 13. 5. 96 geheilt entlassen. Aufenthaltsort nicht zu ermitteln.

2. Anna Maria W., 52 J. alt, aus Arzdorf. Aufgenommen am 1. 6. 96. Diagnose: Hernia umbilicalis incarc. Therapie: Herniotomie. † 3. 6. 96.

3. Eva R., 77 J. alt, aus Schöneberg. Aufgenommen am 23. 2. 99. Diagnose: Hernia umbilicalis incarc. Therapie: Herniotomie; Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 13. 3. 99 geheilt entlassen. Aufenthaltsort nicht zu ermitteln.

4. Maria E., 62 J. alt, aus Bonn, aufgenommen am 11. 8. 00. Diagnose: Hernia umbilicalis incarc. Therapie: Herniotomie; Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. † am 13. 8. 00.

5. Frau Sophia S., 47 J. alt, aus Alken. Aufgenommen am 24. 6. 00. Diagnose: Hernia umbilicalis incarct. Therapie: Herniotomie; Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 22. 7. 00 als geheilt entlassen. Rezidiv.

b) H. umbilic. non incarceratae.

6. Christian W., 2 J. alt, aus Vollmershoven. Aufgenommen am 22. 3. 98. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation; Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 25. 4. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

7. Christian D., $1^1/_2$ J. alt, aus Reifferscheid. Aufgenommen am 7. 6. 98. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

8. Wilhelm St., 63 J. alt, Kaufmann aus Gummersbach. Aufgenommen am 4. 8. 99. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

9. Gertrud M., 28 J. alt, aus Ondler. Aufgenommen am 17. 8. 99. Diagnose: Kopfgrosse Hernia umbilicalis.

Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Rezidiv.

10. Susanne G., 53 J. alt, aus Dahmen. Aufgenommen am 28. 10. 99. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 13. 1. 00 geheilt entlassen. Nicht zu ermitteln.

11. August E., 30 J. alt, Fabrikarbeiter aus Nieder-Rospe. Aufgenommen am 28. 2. 00. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 6. 4. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

12. Erwin K., 18 J. alt, Schlosserlehrling aus Gummersbach: Aufgenommen am 26. 3. 00. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 17. 4. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

13. Frau C., 57 J. alt, aus Niedersessbach. Aufgenommen am 18. 5. 00. Diagnose: Hernia umbilicalis. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † 28. 5. 00 an Lungenembolie.

B. Herniae abdominales.

1. Caspar D., 26 J. alt, Fabrikarbeiter aus Oeninghausen. Aufgenommen am 1. 8. 96. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 17. 10. 96 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

2. Gottfried M., 23 J. alt, Metzger aus Meiderich. Aufgenommen am 6. 8. 96. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 24. 8. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

3. Anton E., 24 J. alt, Ziegelarbeiter aus Godesberg. Aufgenommen am 17. 8. 96. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

4. Jakob Sp., 24 J. alt, Steinhauer aus Mayen. Aufgenommen am 22. 2. 97. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

5. Wilhelm B., 17 J. alt, Fabrikarbeiter aus Styrum. Aufgenommen am 27. 7. 97. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

6. Moritz B., 65 J. alt, Ackerer aus Lissendorf. Aufgenommen am 16. 9. 97. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 9. 10. 97 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

7. Anna Maria H., 36 J. alt, aus Schuld. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 10. 3. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

8. Katharina G., 55 J. alt, aus Siegburg. Aufgenommen am 26. 4. 98. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 19. 5. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

9. August D., 15 J. alt, aus Düsseldorf. Aufgenommen am 9. 8. 98. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

10. Wilhelm Sch., 41 J. alt, Fabrikarbeiter aus Siegburg. Aufgenommen am 14. 11. 98. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 5. 12. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

11. Johann Kl., Rottenarbeiter aus Dernau bei Ahrweiler. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 18. 12. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

12. Mathias K., 30 J. alt, Steinbrecher aus Kaiserswerth. Aufgenommen am 16. 2. 99. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst Silberdrahtnaht. Am 6. 3. 99 als geheilt entlassen. Patient einige Zeit nach der Operation gestorben.

13. Peter E., 25 J. alt, Heizer aus Cues. Aufgenommen am 19. 1. 00. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Aufenthaltsort nicht zu ermitteln.

14. Friedrich Wilhelm W., 57 J. alt, aus ? Aufgenommen am 18. 3. 00. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst Silberdrahtnaht. Am 24. 4. geheilt entlassen. Aufenthalt unbekannt.

15. Rudolph H., 17 J. alt, Dreher aus Gummersbach. Aufgenommen am 19. 5. 00. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 16. 6. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

16. Peter M., Ackerer aus Hummerzheim, 47 J. alt. Aufgenommen am 17. 7. 00. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 2. 8. 00. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

17. Gertrud W. aus Neureuth, 53 J. alt. Aufgenommen am 23. 8. 00. Diagnose: Hernia lineae albae. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 27. 9. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

18. Bernhard H., Tagelöhner aus Wollseifen, 47 J. alt. Aufgenommen am 5. 10. 00. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst Silberdrahtnaht. Am 29. 10. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

19. Joseph R., 46 J. alt, Ackerer aus Malberg. Aufgenommen am 4. 11. 00. Diagnose: Hernia epigastrica. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 26. 11. 00 wird Patient als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

C. Herniae inguinales.

a) Herniae inguin. incarceratae.

1. Johann D., 25 J. alt, Ackerergehülfe aus Dittscheid bei Asbach. Aufgenommen am 26. 11. 95. Diagnose: Hernia inguinalis incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst Schede's versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Nicht ermittelt.

2. Peter M., 15 M. alt, aus Niedersteinebach. Aufgenommen am 2. 2. 96. Diagnose: Hernia inguinalis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † am 21. 2. an Sepsis.

3. Mathias E., 70 J. alt, Gerichtspräsident aus Bonn. Aufgenommen am 27. 3. 96. Diagnose: Hernia inguin. sin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † am 29. 3. Sektionsbericht: Apoplexia cerebri.

4. Katharina P., 35 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 6. 4. 96. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata gangraenosa. Therapie: Herniotomie, Anlegen eines anus praeternaturalis. † am 11. 4. 96 an Peritonitis.

5. Agnes Sch., 49 J. alt, aus Buschhoven. Aufgenommen am 3. 7. 96. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Schede. Am 24. 7. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

6. Sibilla S., 76 J. alt, aus Brohl bei Coblenz. Aufgenommen am 28. 7. 96. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Schede. Am 3. 9. 96 als geheilt entlassen. Einige Monate nach der Operation gestorben.

7. Carl Emil W., 5 M. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 17.9.96. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Schede mit versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

8. Joseph E., 24 J. alt, Heizer aus Beuel. Aufgenommen am 15. 3. 97. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Fixation des gangränösen Darmes an der Bauchwand. † 18. 3. 97.

9. Johann U., 39 J. alt, Winzer aus Altenburg. Aufgenommen am 10. 4. 97. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Resektion des gangränösen Darmstücks. † 11. 4. 97.

10. Anton Z., Tagelöhner aus Wülscheidt, 63 J. alt. Aufgenommen am 22. 5. 97. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie. Anlegen eines anus praeternaturalis. † am 29. 5. 97.

11. Ferdinand O., 10 M. alt, aus Bonn. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Macewen. Am 19. 6. 97 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

12. Heinrich G., 22 J. alt, Holzarbeiter aus Rankenholm. Aufgenommen am 8. 10. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 22. 10. 97 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

13. Katharina Sch., 31 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 27. 11. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Schede. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

14. Mathias St., Stellmacher aus Westun. Aufgenommen am 19. 12. 97. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. † 3. 2. 98. Sektionsbericht: Peritonitis perforativa.

15. Margarethe W., 74 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 20. 12. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst Schede's versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

16. Oswald J., 20 J. alt, Ackerer aus Asbach. Aufgenommen am 20. 4. 98. Diagnose: Hernia ing. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 21. 8. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

17. Anna Maria B., 30 J. alt, aus Eschmar. Aufgenommen am 20. 5. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

18. Helene St., 50 J. alt, aus Siegburg. Aufgenommen am 5. 6. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Darmresektion. † 7. 6. 98.

19. Adele B., 48 J. alt, aus Beuel. Aufgenommen am 5. 7. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 31. 7. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

20. Gerhard Sch., 39 J. alt, Schuhmacher aus Rüngsdorf. Aufgenommen am 19. 7. 98. Diagnose: Hernia ing. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 20. 8. 98 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

21. Joseph N., Ackerer aus Siegburg-Mölldorff, 65 J. alt. Aufgenommen am 6. 8. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Anlegen eines anus praeternaturalis. † am 8. 8. 98.

22. Michael H., 16 J. alt, Gärtner aus Maffendorf. Aufgenommen am 8. 9. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 13. 10. als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

23. Joseph St., 20 J. alt, Maurer aus Plittersdorf. Aufgenommen am 23. 9. 98. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Anlegen eines anus praeternaturalis. † am 24. 9.

24. Johann E., 22 J. alt, Ackerer aus Meckenheim. Aufgenommen am 26. 12. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Vorlagerung der Darmschlinge mit perforiertem processus vermiformus. † 1. 1. 99 an Peritonitis.

25. Franz T., 65 J. alt, Lehrer aus Etscheid. Aufgenommen am 16. 7. 99. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. † Am 20. 7. 99. Sektionsbericht: Fettherz, Sklerose der Aorta, der Hirnarterien, Lungenödem.

26. Mathias R., 13 M. alt, aus Buschem. Aufgenommen am 21. 7. 99. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. † 23. 7. 99.

27. Adelheid L., 39 J. alt, aus Troisdorf. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 12. 8. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

28. Balthasar G., 40 J. alt, Steinbrecher aus Niedermendig. Aufgenommen am 26. 10. 99. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 12. 11. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

29. Ferdinand Sch., 76 J. alt, Rentner aus Godesberg. Aufgenommen am 15. 2. 00. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst Schede's versenkter Silberdrahtnaht. Am 2. 3. geheilt entlassen. Keine Antwort erhalten.

30. Friedrich M., $1^1/_2$ J. alt, aus Ersdorf. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Aufgenommen am 6. 6. 00. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

31. Anton F., 2 J. alt, aus Brühl. Aufgenommen am 23. 7. 00. Diagnose: Hernia inguin. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Schede mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † am 25. 7. 00. Sektionsbericht: Verfettung der Organe. (Chloroform?)

32. Anton H., 1 J. alt, aus Olheim. Aufgenommen am 29. 8. 00. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 18. 9. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

33. Bertram K., 58 J. alt, Ackerer aus Hattenscheid. Aufgenommen am 12. 10. 00. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 10. 11. 00 als geheilt entlassen. Gestorben.

34. Peter S., Grubenarbeiter aus Schnorrenberg bei Budorf. Aufgenommen am 21. 8. 00. Diagnose: Hernia inguin. dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 15. 9. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

35. Heinrich B., Schreiner aus Bonn. Aufgenommen am 12. 12. 00. Diagnose: Hernia inguin. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation nach Bassini. Am 12. 11. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

b) Herniae inguin. non incarceratae.

36. Peter M., 31 J. alt, Seilenweber aus Gencyken. Aufgenommen am 10. 12. 95. Diagnose: Hernia inguin. ext. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht nach Schede. Am 1. 2. 96 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

37. Anton Z., 57 J. alt, Ackerer aus Collich. Diagnose: Rezidiv einer Hernia ing. dpl. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 8. 2. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

38. Heinrich K., 10 J. alt, Schüler aus Roisdorf. Aufgenommen am 2. 3. 96. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 26. 4. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

39. Arthur K., 27 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 2. 4. 96. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 28. 4. 86 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

40. Johann M., 1 J. alt, aus Benzen. Aufgenommen am 8. 4. 96. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation nach Macewen. † am 17. 4. an Pneumonie.

41. Joseph Sch., 33 J. alt, Glasbläser aus Mülheim. Aufgenommen am 22. 4. 96. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

42. Katharina G., 50 J. alt, aus Asweiler. Aufgenommen am 8. 5. 96. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Kein Rezidiv.

43. Joseph R., 3 J. alt, aus Cottenheim. Aufgenommen am 12. 5. 96. Diagnose: Hernia inguin. sinistra Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Kein Rezidiv.

44. Reimer W., 46 J. alt, Grubenarbeiter aus Lechenich. Aufgenommen am 13. 5. 96. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

45. Mathias K., 45 J. alt, Tagelöhner aus Wossenach. Aufgenommen am 1. 6. 96. Diagnose: Hernia inguin. dextra rezidiv. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 30. 7. 96 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

46. Hermann W., 16 M. alt, aus Massburg. Aufgenommen am 8. 6. 96. Diagnose: Hernia inguin. sin.

Therapie: Radikaloperation nach Schede mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 2. 8. 96 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

47. Wilhelm K., 18 J. alt, Schlosser aus Styrum. Aufgenommen am 29. 7. 96. Diagnose: Hernia inguin. sinistra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 11. 9. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

48. Wilhelm B., 53 J. alt, Sattler aus Elberfeld. Aufgenommen am 3. 11. 96. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

49. Mathias Sch., 41 J. alt, Fabrikarbeiter aus Bonn. Aufgenommen am 31. 12. 96. Diagnose: Hernia inguin. dextra recid. Am 5. 3. 97 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

50. Carl R., 9 M. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 9. 1. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

51. Theodor von E., 32 J. alt, Tagelöhner aus Bonn. Aufgenommen am 20. 1. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 18. 2. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

52. Theodor L., Strassenwärter aus Godorf. Aufgenommen am 23. 2. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 17. 3. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

53. Jakob K., 70 J. alt, Maurer aus Meckenheim. Aufgenommen am 1. 6. 97. Diagnose: Hernia inguin. sin. permagna. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 1. 8. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

54. Andreas J., 29 J. alt, Tagelöhner aus Bonn. Aufgenommen am 26. 7. 97. Diagnose: Hernia ing. dpl. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

55. Joseph K., 52 J. alt, Tagelöhner aus Meckenheim. Aufgenommen am 30. 8. 97. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Rezidiv.

56. Christian H., 28 J. alt, Bahnarbeiter aus Meindorf. Diagnose: Hernia inguin. ext. sin. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 28. 8. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

57. Nikolaus K., 10 M. alt, aus Bodendorf. Aufgenommen am 9. 8. 97. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdraht naht. Am 21. 8. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

58. Joseph Sch., 4 J. alt, aus Fachbach. Aufgenommen am 18. 8. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextr. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 13. 9. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

59. Gerhard B., 67 J. alt, Ackerer aus Oberles. Aufgenommen am 25. 8. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

60. Joseph M., 3 J. alt, aus Neuenahr. Aufgenommen am 30. 8. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 26. 9. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

61. Wilhelm O., 22 J. alt, Fabrikarbeiter aus Mülheim. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 26. 9. 97 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

62. August L., 7 J. alt, aus Mayen. Aufgenommen am 6.9.97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 19. 9. 97 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

63. Eugen R., 31 J. alt, Kaufmann aus Wiehl. Aufgenommen am 4. 10. 97. Diagnose: Hernia inguin. sinistra.

Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 29. 10. 97 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

64. Helene K., 33 J. alt, aus Kreuznach. Aufgenommen am 4. 10. 97. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 1. 11. 97 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

65. Adam M., 19 J. alt, Schreiner aus Merkausen. Aufgenommen am 19. 9. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 21. 12. 97 als geheilt entlassen. Aufenthaltsort nicht zu ermitteln.

66. Karl S., 27 J. alt, Schneider aus Wessling. Aufgenommen am 2. 12. 97. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 4. 1. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

67. Peter K., 26 J. alt, Küfer aus Bonn. Aufgenommen am 15. 12. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 7. 2. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

68. Gottfried K., 53 J. alt, Ackerer aus Rüngsdorf. Aufgenommen am 31. 12. 97. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 24. 2. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

69. Joseph R., 32 J. alt, Müller aus Nedorf. Aufgenommen am 23. 2. 98. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

70. Friedrich G., 22 J. alt, Schlosser aus Engers. Aufgenommen am 26. 2. 98. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 22. 3. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

71. Johann R., 31 J. alt, Schlosser aus Essen. Aufgenommen am 24. 2. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 28. 3. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

72. Johann K., 30 J. alt, Bergmann aus Oberbersheidt. Aufgenommen am 2. 3. 98. Diagnose: Hernia inguin. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 26. 3. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

73. Johann O., $^1/_2$ J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 11. 3. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 20. 4. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

74. Ernst V., 45 J. alt, Brauer aus Brühl. Aufgenommen am 11. 4. 98. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 9. 5. 98 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

75. Karl Sch., 23 J. alt, Kaufmann aus Reidt bei München-Gladbach. Aufgenommen am 30. 3. 98. Diagnose: Hernia inguinalis dextra recidiv. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 25. 4. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

76. Anna Maria G., 55 J. alt, aus Mayen. Aufgenommen am 9. 5. 98. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † 11. 5. 98. Sektionsbefund: Dilatatio cordis. Fettherz. Ren mobilis.

77. Joseph K., 52 J. alt, Tagelöhner aus Meckenheim. Aufgenommen am 9. 5. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra recidiv. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 17. 6. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

78. Heinrich B., 40 J. alt, Ackerer aus Kniffgierscheidt. Aufgenommen am 17. 5. 98. Diagnose: Hernia inguinal. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

79. Franziska M., 33 J. alt, aus Duppach. Aufgenommen am 1. 6. 98. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

80. Heinrich B., 17 J. alt, aus Beuel. Aufgenommen am 1. 6. 98. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 23. 7. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

81. Bernhard W., 30 J. alt, Landwirt aus Willich. Aufgenommen am 8. 7. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 13. 8. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

82. Hermann Sch., 38 J. alt, Maschinist aus Dümpten. Aufgenommen am 19. 7. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 17. 9. 98 geheilt entlassen. Rezidiv.

83. Johann G., 10 J. alt, aus Langwaarden. Aufgenommen am 15. 8. 98. Diagnose: Hernia inguin. sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 29. 9. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

84. Joseph G., 9 J. alt, aus Langwaarden. Aufgenommen am 15. 8. 98. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 29. 9. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

85. Heinrich Sch., Tagelöhner aus Oberwambach. Aufgenommen am 1. 10. 98. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 22. 10. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

86. Emil O., 5 J. alt, aus Bell. Aufgenommen am 12. 10. 98. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 15. 11. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

87. Heinrich R., 5 J. alt, aus Stein. Aufgenommen am 25. 10. 98. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 20. 12. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

88. Heinrich K., 44 J. alt, Schuhmacher aus Plittersdorf. Aufgenommen am 12. 11. 98. Diagnose: Hernia

inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 7. 12. 98 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

89. Joseph R., 17 J. alt, aus Renschendorf. Aufgenommen am 23. 11. 98. Diagnose: Hernia inguin. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

90. Otto H., 36 J. alt, Schweisser aus Styrum. Aufgenommen am 30. 11. 98. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 5. 1. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

91. Peter K., 8 J. alt, aus Golzheim. Aufgenommen am 11. 12. 98. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 5. 4. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

92. Johann B., 59 J. alt, Gärtner aus Bonn. Aufgenommen am 14. 1. 99. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 16. 4. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

93. Wilhelm F., 22 J. alt, Kaufmann aus Monzingen. Aufgenommen am 23. 1. 99. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 13. 2. 99 als geheilt entlassen. Im Ausland gestorben.

94. Heinr. W., aus Wuste, 50 J. alt. Aufgenommen am 10. 2. 99. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 16. 3. 99 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

95. Christian A., 22 J. alt, aus Beuel. Aufgenommen am 16. 2. 99. Diagnose: Hernia inguinalis sin. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 9. 3. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

96. Johann G., 54 J. alt, Ackerer aus Zülpich. Aufgenommen am 22. 2. 99. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 23. 3. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

97. Mathias W., 14 J. alt, aus Stein. Aufgenommen am 27. 2. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 27. 3. 99 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

98. Anton S., 1 J. alt, aus Oisse. Aufgenommen am 14. 3. 99. Diagnose: Hernia inguinalis permagna congenita. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. † am 21. 3. an Pneumonie.

99. Maria Sch., 21 J. alt, aus Neuwied. Aufgenommen am 18. 3. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 11. 5. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

100. Stephan Sch., 56 J. alt, Bürstenmacher aus Bonn. Aufgenommen am 20. 3. 99. Diagnose: Hernia inguin. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

101. Heinrich V., Zimmermann aus Coblenz. Aufgenommen am 21. 3. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 15. 4. 99 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

102. Rudolph K., 20 J. alt, Volontär aus Heddesdorf. Aufgenommen am 21. 4. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 13. 5. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

103. Mathias H., 14 M. alt, aus Schuld. Aufgenommen am 3. 5. 99. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 29. 5. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

104. Wilhelm H., 22 J. alt, Fabrikarbeiter aus Buschhausen. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 12. 6. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

105. Jakob P., 8 J. alt, aus Hönningen. Aufgenommen am 7. 6. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie:

Radikaloperation nach Bassini. Am 5. 7. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

106. Alma R., 25 J. alt, aus Siegburg. Aufgenommen am 20. 6. 99. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

107. Hermann L., cand. theol. aus Ehrenbreitstein. Aufgenommen am 7. 8. 99. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 12. 9. geheilt entlassen.

108. Jakob P., 48 J. alt, Schaffner aus Mayen. Aufgenommen am 23. 8. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 28. 9. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

109. Jakob W., 15 M. alt, aus Heidgen. Aufgenommen am 31. 8. 99. Diagnose: Hernia inguinalis duplex. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 15. 9. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

110. Karl D., Viehwärter aus Stockum. Aufgenommen am 2. 11. 99. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 7. 12. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

111. Christian W., 20 J. alt, Ackerergehülfe aus Hersel. Aufgenommen am 25. 11. 99. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 12. 12. 99 geheilt entlassen. Rezidiv.

112. Wilhelm Sch., 19 J. alt, Winzer aus Ahrweiler. Aufgenommen am 28. 12. 99. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 26. 1. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

113. Johann Berger, 21 J. alt, Anstreicher aus Bonn. Aufgenommen am 13. 12. 99. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 1. 2. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

114. Peter W., 15 J. alt, Friseurlehrling aus Remagen. Aufgenommen am 3. 1. 00. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 29. 1. 00 geheilt entlassen. Rezidiv.

115. Peter S., 24 J. alt, Tagelöhner aus Cöln. Aufgenommen am 5. 1. 00. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 24. 1. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

116. Andreas B., 50 J. alt, Tagelöhner aus Fischenich. Aufgenommen am 14. 1. 00. Diagnose: Hernia inguin. sin. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 14. 2. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

117. August P., 3 J. alt, aus Siegburg. Aufgenommen am 2. 1. 00. Diagnose: Hernia inguin. sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 11. 1. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

118. Johann K., 2 J. alt, aus Lechenich. Aufgenommen am 16. 4. 00. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 6. 5. 90 als geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

119. Michael Sch., 65 J. alt, Ackerer aus Kelz. Aufgenommen am 23. 4. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 26. 5. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

120. Josepha R., 21 J. alt, aus Hanfmühle. Aufgenommen am 15. 5. 00. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 7. 6. als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

121. Hermann H., 5 J. alt, aus Trarbach. Aufgenommen am 8. 5. 00. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 8. 6. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

122. Richard O., 58 J. alt, Weber aus Hückeswagen. Diagnose: Hernia inguin. dpl. Therapie: Radikaloperation nach Witzel. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

123. Katharina S., 8 J. alt, aus Oberdollendorf. Aufgenommen am 18. 5. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dpl. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 26. 6. als geheilt entlassen. Rezidiv.

124. Elisabeth W., 45 J. alt, aus Honnef. Aufgenommen am 30. 5. 00. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 26. 6. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

125. Peter A., 14 J. alt, Schlosserlehrling aus Brühl. Aufgenommen am 12. 6. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 30. 7. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

126. Joseph P., 70 J. alt, Metzger aus Dann. Aufgenommen am 25. 6. 00. Diagnose: Hernia inguinalis permagna. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 23. 7. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

127. Johann E., 38 J. alt, Lehrer aus Cöln. Aufgenommen am 27. 6. 00. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Geheilt entlassen.

128. Peter Joseph W., 7 J. alt, aus Cottenheim. Aufgenommen am 12. 7. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dpl. Therapie: Radikaloperation links nach Bassini, rechts nach Kocher. Am 27. 8. 00 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

129. Nikolaus S., 14 M. alt, aus Waxweiler. Aufgenommen am 1. 7. 00. Diagnose: Hernia inguin. congenita. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 24. 7. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

130. Anton M., 23 J. alt, Anstreicher aus Bonn. Aufgenommen am 23. 7. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Schede mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 8. 9. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

131. Bernhard R., 21 J. alt, stud. med. aus Bonn. Aufgenommen am 30. 7. 00. Diagnose: Hernia inguinalis

sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 6. 9. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht ermittelt.

132. Hermann B., 37 J. alt, Fabrikarbeiter aus Hückeswagen. Aufgenommen am 30. 7. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 18. 8. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

133. Bernhard H., 24 J. alt, Instrumentenmacher aus Ohligs. Aufgenommen am 12. 9. 00. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 3. 10. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

134. Heinrich M., 35 J. alt, aus Troisdorf. Aufgenommen am 23. 9. 00. Diagnose: Hernia inguinalis sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 12. 10. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

135. Franz F., 58 J. alt, Maurer aus Hückeswagen. Aufgenommen am 3. 10. 00. Diagnose: Hernia ing. sinistra. Therapie: Radikaloperation nach Macewen-Witzel, Silberdrahtnetz. Am 22. 11. 00 geheilt entlassen. Rezidiv.

136. Heinrich R., 27 J. alt, Metzger aus Kreuznach. Aufgenommen am 3. 10. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 10. 11. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

137. Andreas V., 30 J. alt, Tagelöhner aus Kleinplittersdorf. Aufgenommen am 30. 10. 00. Diagnose: Hernia inguinalis. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 24. 11. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

138. Heinrich H., 27 J. alt, Fabrikarbeiter aus Styrum. Aufgenommen am 15. 11. 00. Diagnose: Hernia inguinalis dextra. Therapie: Radikaloperation nach Kocher. Am 15. 12. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

139. Heinrich M., 11 J. alt, aus Troisdorf. Aufgenommen am 20. 11. 00. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 15. 12. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

140. Wilhelm St., 21 J. alt, Anstreicher aus Dasbach. Aufgenommen am 12. 12. 00. Diagnose: Hernia inguinal. recidiv. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 17. 1. 01 geheilt entlassen. Rezidiv.

141. Jakobine Sch., 3 J. alt, aus Sessenhausen. Aufgenommen am 8. 6. 00. Diagnose: Hernia inguin. dextra. Therapie: Radikaloperation nach Bassini. Am 7. 7. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

D. Herniae crurales.

a) Herniae crural. incarceratae.

1. Katharina Sch., 66 J. alt, aus Bergheim. Aufgegenommen am 1. 5. 96. Diagnose: Hernia cruralis incarcerata. Therapie: Herniotomie, Verschluss der Bruchpforte mit Schedes versenkter Silberdrahtnaht. Am 17. 5. geheilt entlassen. Rezidiv.

2. Maria B., 47 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 20. 6. Diagnose: Hernia cruralis incarcerata. Therapie: Herniotomie. † an Perforationsperitonitis.

3. Christian H., 64 J. alt, aus Neuenkirchen. Aufgenommen am 13. 8. 96. Diagnose: Hernia cruralis sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Verschluss der Bruchpforte mit Schedes versenkter Silberdrahtnaht. Am 2. 9. 96 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

4. Gertrud B., 53 J. alt, aus Vettelhofen. Aufgenommen am 19. 8. 96. Diagnose: Hernia crur. d. incarc. gangraen. Vitium cordis. Therapie: Herniotomie. Am 20. 9. plötzlich exitus letalis.

5. Elisabeth D., 52 J. alt, aus Beuel. Aufgenommen am 4. 12. 96. Diagnose: Hernia cruralis incarcerata. Therapie: Herniotomie. † 5. 12. 96.

6. Maria Sch., 38 J, alt, aus Troisdorf. Aufgenommen am 12. 12. 96. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata gangraenosa. Therapie: Herniotomie. † am 16. 12. 96.

7. Emilie H., 71 J. alt, aus Brühl. Aufgenommen am 16.8.97. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarc. Therapie: Herniotomie, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 9. 9. 97 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

8. Katharina M., 79 J. alt, aus Bennau bei Asbach. Aufgenommen am 9. 1. 97. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Anlegen eines anus praeternaturalis. † am 22. 1. 97. Sektionsbericht: Hyperämie der Lungen; senile Atrophie des Herzens, der Nieren und der Leber; keine Peritonitis.

9. Maria H., 74 J. alt, aus Reinzert. Aufgenommen am 25. 10. 98. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Darmresektion, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. † am 28. 10. 98.

10. Heinrich N., 66 J. alt, aus Kreutzberg bei Altenahr. Diagnose: Hernia cruralis incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst Schedes versenkter Silberdrahtnaht. Am 4. 11. als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

11. Katharina R., 65 J, alt, aus Brühl. Aufgenommen am 21. 5. 99. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 7. 7. 99 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

12. Mathias M., 42 J. alt, Ackerer aus Leienkaul. Aufgenommen am 26. 7. 99. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation. Am 12. 8. 99 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

13. Regina K., 46 J. alt, aus Seelscheid. Aufgenommen am 22. 1. 00. Diagnose: Hernia cruralis incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 22.2.00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

14. Wilhelmine B., 66 J. alt, aus Horhausen. Diagnose: Hernia crur. incarcerata. Therapie: Herniotomie, Darmresektion, Radikaloperation. † 11. 3. 00.

15. Christoph Sch., Ackerer aus Gering bei Mayen. Aufgenommen am 6. 5. 00. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 28. 5. als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

16. Luise W., 46 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 8. 6. 00. Diagnose: Hernia cruralis incarc. Therapie: Herniotomie, Darmresektion, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

17. Katharina Sch., 60 J. alt, aus ? Aufgenommen am 18. 6. 00. Diagnose: Hernia cruralis incarc. Therapie: Herniotomie, Verschluss der Bruchpforte mittelst Silberdrahtnaht. Am 4. 8. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

18. Gertrud A., 53 J. alt, aus Grau-Rheindorf. Aufgenommen am 8. 7. 00. Diagnose: Hernia crur. dextra incarc. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 8. 8. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

19. Johann U., 65 J. alt, Ackerer aus Kriegsdorf. Aufgenommen am 5. 9. 00. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 27. 9. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

20. Katharina E., 67 J. alt, aus Kastelann. Aufgenommen am 26. 10. 00. Diagnose: Hernia crur. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Bruchpfeilernaht mit Katgut-Knopfnähten, Faszien- und Hautnaht gesondert. Am 23. 11. 00 als geheilt entlassen. Rezidiv.

21. Elisabeth L., 40 J. alt, aus Troisdorf. Aufgenommen am 27. 10. 00. Diagnose: Hernia crur. sinistra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation, Bruchpfeilernaht mit Katgut, Faszien- und Hautnaht gesondert. Am 15. 11. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

22. Elisabeth R., 55 J. alt, aus Dasbach. Aufgenommen am 3. 11. 00. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 2. 12. 00 als geheilt entlassen. Rezidiv.

23. Klara Sch., 47 J. alt, aus Bonn. Aufgenommen am 16. 12. 00. Diagnose: Hernia cruralis dextra incarcerata. Therapie: Herniotomie, Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 14. 1. 01 als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

b) Herniae crural. non incarceratae.

24. Franziska G., 31 J. alt, Mädchen aus Bonn. Aufgenommen am 6. 6. 96. Diagnose: Hernia crural. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 1. 7. 96 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

25. Christine G., 47 J. alt, aus Mülheim. Aufgenommen am 9. 6. 97. Diagnose: Hernia cruralis. Therapie: Vernähen der Bruchpforte mit Silberdrahtnaht. Geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

26. Anna L., 63 J. alt, aus Rotthausen. Aufgenommen am 17. 8. 97. Diagnose: Hernia cruralis dextra. Therapie: Radikaloperation, Verschluss der Bruchpforte mit versenkten Silberdrahtnähten. Am 30. 8. 97 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

27. Maria M., 56 J. alt, aus Cottenheim. Aufgenommen am 24. 11. 97. Diagnose: Hernia crur. sinistra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 19. 12. als geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

28. Maria Sch., 30 J. alt, aus Remagen. Aufgenommen am 3. 2. 98. Diagnose: Hernia cruralis sinistra. Therapie: Radikaloperation, Vernähung des Lig. Pouparti mit dem Periost des Schambeinastes mittelst Silberdraht. Am 1. 3. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

29. Wilhelm P., Tagelöhner aus Dattenfeld. Aufgenommen am 27. 6. 98. Diagnose: Hernia crur. dpl. Therapie: Radikaloperation, Vernähung des Schenkelkanals mit Silberdrähten. Am 10. 8. 98 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

30. Christian K., 33 J. alt, aus Graach. Aufgenommen am 17. 8. 98. Diagnose: Hernia cruralis dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 10. 9. 98 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

31. Anna Sch., 42 J. alt, Köchin aus Bonn. Aufgenommen am 14. 2. 99. Diagnose: Hernia crural. Therapie: Radikaloperation, Vernähen des Lig. Pouparti mit der Fascia pectinea mittelst Silberdraht. Am 10. 3. geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

32. Joseph L., 43 J. alt, Rangierer aus Küdinghofen. Aufgenommen am 20. 5. 99. Diagnose: Hernia cruralis dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 7. 6. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

33. Katharina S., 69 J. alt, aus Oberdollendorf. Aufgenommen am 17. 5. 99. Diagnose: Hernia crur. sinistra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 15. 7. 99 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

34. Andreas B., 50 J. alt, Tagelöhner aus Fischenich. Aufgenommen am 14. 1. 00. Diagnose: Hernia cruralis dextra. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 14. 2. geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

35. Jakobine Sch., 4 J. alt, aus Sessenhausen. Aufgenommen am 8. 6. 00. Diagnose: Hernia cruralis. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 7. 7. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

36. Georg P., 39 J. alt, Ackerer aus Obermendig. Aufgenommen am 4. 7. 00. Diagnose: Hernia cruralis d. Therapie: Radikaloperation mittelst versenkter Silberdrahtnaht. Am 24. 9. 00 geheilt entlassen. Kein Rezidiv.

37. Katharina W., 31 J. alt, aus ? Aufgenommen am 8. 10. 00. Diagnose: Hernia cruralis sinistra. Therapie: Radikaloperation, Bruchpfeilernaht mit Katgut-Knopfnähten. Am 21. 10. 00 geheilt entlassen. Aufenthalt nicht zu ermitteln.

Hiernach wurden in dem gegebenen Zeitraume 210 Patienten wegen Unterleibsbruches operiert. Wir wollen zunächst die Mortalität einer Betrachtung unterziehen. Bei der Mortalitätsstatistik müssen wir zunächst die Fälle, wo der Tod infolge des operativen Eingriffes selbst eingetreten ist, von jenen scheiden, wo er unabhängig von der Operation infolge der Einklemmung oder einer interkurrenten Erkrankung eintrat. Ferner scheiden wir die freien Hernien von den inkarzerierten und die Leistenhernien von den Schenkelhernien.

Von 35 wegen eingeklemmter Leistenbrüche Operierten starben im Ganzen 13 und zwar 1 an Sepsis, 1 einige Wochen nach der Operation an Perforationsperitonitis, 1 an Apoplexia cerebri, 1 an Peritonitis nach perforiertem Wurmfortsatz, welcher im Bruchsack lag, 1 an Fettherz und Sclerose der Aorta und Hirnarterien und 1 an Verfettung der Organe. In 6 Fällen trat der Tod infolge der Einklemmung ein, der inkarzerierte Darmteil war gangränös, sodass ein Anus praeternaturalis angelegt bezw. eine Darmresektion vorgenommen werden musste. Es sind demnach gestorben 5 an interkurrenter Erkrankung, 6 an den Folgen der Einklemmung und 2 = fast 6% infolge der Operation. Von 51 wegen eingeklemmter Leistenbrüche aus den Jahren 1880 1888 im Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg operierten und von F. Wolter zusammengestellten Fälle starben

4 = 7,8% infolge der Operation. Nach Leisrinks Statistik (1883) starben von 103 wegen inkarzerierter Leistenbrüche Operierten $6^1/_5$% an den Folgen der Operation, 4% an den Folgen der Einklemmung, 4% an anderweitigen Todesursachen.

Von 23 wegen eingeklemmter Schenkelbrüche Operierten starben im Ganzen 7 und zwar 1 infolge eines Vitium cordis, 1 an seniter Atrophie des Herzens, der Nieren und der Leber. In den 5 übrigen Fällen trat der Tod wohl infolge der Einklemmung ein, der inkarzerierte Darm war gangränös, es musste ein anus praeternaturalis angelegt oder eine Darmresektion vorgenommen werden, in einem Falle war bereits eine Perforationsperitonitis vorhanden. Auf Rechnung der Operation ist demnach keiner dieser Todesfälle zu setzen.

Nach F. Wolter starb von 64 wegen inkarzerierter Schenkelbrüche im Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg Operierten ebenfalls keiner an den Folgen der Operation, an anderweitigen Todesursachen 4.

Nach Leisrink starben von 77 wegen inkarzerierter Schenkelbrüche Operierten $5^1{}_5$% septisch resp. an sonstigen Folgen der Operation, $9^1/_3$% an den Folgen der Einklemmung, 8% an anderweitigen Todesursachen.

Von besonderem Interesse ist es, die Mortalitätsverhältnisse nach Radikaloperationen freier Hernien zu konstatieren. Es handelt sich um 159 Radikaloperationen nicht eingeklemmter Hernien an 147 Patienten (12 mal wurde gleichzeitig an beiden Seiten operiert). Diese Summe setzt sich zusammen aus 8 Nabelbrüchen, 19 Bauchbrüchen, 117 Leistenbrüchen an 106 Patienten und 15 Schenkelbrüchen an 14 Patienten. Von diesen 147 Patienten starben 4: und zwar eine wegen Nabelhernie radikal operierte Frau 8 Tage post operationem an Lungenembolie, ferner zwei wegen Leistenhernien Operierte an Pneumonie. Beide Fälle betrafen 1 Jahr alte Kinder, von denen das eine 8, das andere 6 Tage nach

der Operation starb. Der 4. Todesfall betraf eine 55 jährige Frau, die 1 Tag nach der Operation eines Leistenbruches zu Grunde ging. Die Sektion ergab eine Dilatatio cordis, Fettherz und Ren mobilis. Bei der Berechnung der Mortalität müssen wir nun die beiden an Pneumonie — als einer interkurrenten Krankheit — Verstorbenen ausschliessen; ebenso erscheint der vierte Fall, bei dem die Sektion ein Vitium cordis ergab, nicht sehr geeignet, bei einer Mortalitätsstatistik herangezogen zu werden, aus welcher man die Gefahren kennen lernen will, welche Patienten bedrohen, die bei sonst völliger Gesundheit sich wegen einer freien Hernie operieren lassen wollen. Es dürfte daher berechtigt erscheinen, auch diesen Fall von der Mortalitätsstatistik abzusetzen.

Es berechnet sich demnach aus diesen 159 Fällen von Radikaloperationen nicht eingeklemmter Brüche die Mortalität zu ungefähr 0,7%. (Tilanus 1879, 79 Fälle 11%. — Leisrink 1883, 194 Fälle 10,8% und zwar an den Folgen der Operation 7,2%, an interkurrenten Erkrankungen 3,6%. Anderegg-Socin 1886, 56 Fälle 3,6%. Soenson und Erdmann, Stockholm 1887, 116 Fälle 0%. Schede 1893, 112 Fälle etwa 0,9%. F. Wolter, Hamburg 1888, 50 Fälle 2%. Wood auf 200 Operationen 3 Todesfälle = 1,5%.)

Ein mindestens ebenso grosses Interesse wie die Mortalitätsverhältnisse dürften die Erfolge der Radikaloperationen in Anspruch nehmen. Wir unterscheiden zwischen vorläufigen und dauerndem Erfolg. Das vorläufige Resultat war bei allen Patienten ein solches, dass bei der Entlassung keinerlei Vorwölbung oder Vorfall in der Bauchgegend vorhanden war.

Was den definitiven Erfolg anbetrifft, so ist bereits erwähnt, dass zwischen der Operation und der Nachfrage bei allen Patienten ein Zeitraum von mindestens 2 Jahren liegt. Dieser Zeitraum dürfte als ein hinlänglich langer erscheinen; bereits Anderegg, Banks, F. Wolter u. A.

konstatierten, dass die Rezidive meist bereits innerhalb des ersten Jahres aufzutreten pflegen. Es dürften daher die Patienten, welche nach Ablauf dieser 2 Jahre, welche in unseren Fällen zwischen der Radikaloperation und der Nachfrage liegen, kein Rezidiv bekommen haben, als dauernd geheilt betrachtet werden.

Abzüglich der Fälle nun, welche mit dem Tode endeten, wurden insgesamt 198 Radikaloperationen ausgeführt und zwar 29 wegen Nabel- und Bauchhernien, 31 wegen Schenkelhernien und 138 wegen Leistenhernien. Von den Operierten war von 69 über ihr weiteres Schicksal nichts in Erfahrung zu bringen, so dass für die Beurteilung der Dauer der Heilung 129 Fälle übrig bleiben und zwar 18 Nabel- und Bauchhernien, 21 Schenkelhernien und 90 Leistenhernien. Es wurden verschiedene Methoden der Radikaloperation angewandt. Die Nabel- und Bauchbrüche wurden sämtlich nach Schede's Methode der versenkten Silberdrahtnaht operiert; von den Schenkelbrüchen wurden 19 nach Schede operiert, bei 2 Bruchpfeilernaht mit Katgut, Faszien- und Hautnaht gesondert. Von den Leistenhernien wurden 2 nach Macewen bezw. Witzel, 11 nach Kocher, 24 nach Schede und 53 nach Bassini operiert.

Von diesen 129 Operationen trat in 12 Fällen ein Rezidiv ein, in Zahlen ausgedrückt in 9,3% der Fälle.

Auf die einzelnen Bruchformen verteilen sich die Rezidive folgendermassen:

Von 18 Nabel- und Bauchhernien bekamen Rezidive 2 = 11%.

Von 21 Schenkelhernien bekamen Rezidive 3 = 14,3%.

Ziehen wir von den 21 Schenkelhernien die beiden nicht nach Schede operierten Fälle ab, von denen einer ein Rezidiv bekam, während der andere ohne Rezidiv blieb, so ergeben sich für 19 nach Schede operierte Schenkelhernien 2 Rezidive = 10,5%.

Von 24 nach Schede operierten Leistenhernien bekamen Rezidive 2 = 8,4%.

Von 53 nach Bassini operierten Leistenhernien bekamen Rezidive 3 = 5,7%.

Von 11 nach Kocher operierten Leistenhernien bekamen Rezidive 2 = 18,2%.

Die Anzahl der nach Kocher operierten Leistenhernien wie die der Schenkelhernien dürfte wohl als zu gering erscheinen, um einen allgemeinen Schluss auf die Methode zuzulassen, da mit einer grösseren Zahl der Prozentsatz der Rezidive mit hoher Wahrscheinlichkeit sinken würde. Denn von 57 von Schede im Jahre 1893 veröffentlichten Radikaloperationen bekam nur 1 ein Rezidiv, das ergiebt in Zahlen ausgedrückt: 1,75%.

Es dürfte nicht unangebracht erscheinen, die jetzigen Resultate mit früheren zu vergleichen. Nach unserer Zusammenstellung betragen die Rezidive für Nabel- und Bauchhernien 11%, nach einer Zusammenstellung Schede's aus dem Jahre 1893 betrugen seine Rezidive für Nabel- und Bauchhernien bei Anwendung der versenkten Silberdrahtnaht 23%. Die Rezidive der nach Schede operierten Leistenhernien betragen 8,4%, der nach Bassini operierten 5,7%; Wolter fand in seiner Zusammenstellung der im Hamburger allgemeinen Krankenhause in den Jahren 1880 -- 87 von Schede nach älteren Methoden operierten Brüche unter 36 Leistenbrüchen 11 Rezidive = 30,6%; nach der Zusammenstellung aus dem Jahre 1893 betrugen Schede's Rezidive der radikal operierten Leistenhernien 10%. Die Rezidive der operierten Schenkelhernien betragen 10,5%. Nach der Zusammenstellung Wolters (1880 -- 1887 alte Methoden) 18,2%; nach einer Zusammenstellung Schede's (versenkter Drahtnaht) 1,75%. Die Gesamtzahl der Rezidive beträgt in unseren Fällen 9,3%, nach Schede aus dem Jahre 1893 (Silberdraht) etwa 10%. Nach der Zusammenstellung Wolter's hatte Schede von 1880 – 1887 bei allen Brüchen

überhaupt 25,9% Rezidive, Anderssen-Zürich 50%, Leisrink bei freien Hernien 20, bei inkarzerierten 8, Soxin (Anderegg) 39%, Svensson und Erdmann 21%.

Aus alledem geht hervor, dass die Radikaloperation der Unterleibsbrüche heute als eine gefahrlose Operation bezeichnet werden kann, und dass die Resultate derselben im allgemeinen recht günstige genannt werden dürfen. Während noch bis vor wenigen Jahrzenten die Radikalheilung der Brüche trotz Jahrhunderte langer Arbeit ein Problem war, sind wir heute in der Lage, in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle eine Radikalheilung auf operativem Wege zu erreichen und in den Fällen, wo eine radikale Beseitigung des Bruches unmöglich ist, die Patienten durch die Operation doch von ihren Beschwerden befreien und aus erwerbsunfähigen Invaliden wieder zu arbeitsfähigen Menschen machen zu können.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Schede für die gütige Überlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ziegler: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1898.

Bardeleben: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 1872.

Hueter-Lossen: Grundriss der Chirurgie. 1899.

Tillmanns: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 1890.

Zuckerkandl: Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. 1897.

Wolter: Zur Radikaloperation der Unterleibsbrüche, Sammlung klinischer Vorträge Nr. 360.

Schede: Über den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen. Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages Friedrich's von Esmarch. Kiel und Leipzig bei Lipsius und Fischer. 1843.

Münchener medizin. Wochenschrift 39. Jahrgang Nr. 36.

Vita.

Geboren wurde ich, Friedrich Wilhelm Mahne, am 28. Mai 1876 zu Burgsteinfurt i. W. Meine wissenschaftliche Vorbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Wesel, welches ich Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Die ersten vier Semester studierte ich in Bonn, woselbst ich am 11. Februar 1897 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nachdem ich zur Fortsetzung meiner Studien mich im S. S. 1897 nach Freiburg i. B. und im W. S. 1897/98 nach München gewandt hatte, kehrte ich zur Beendigung derselben im S. S. 1898 wieder nach Bonn zurück. Daselbst bestand ich auch die ärztliche Staatsprüfung am 1. August 1900.